



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**AFONSO EMANUEL GUARDADO DE SÁ DE CASTELO BRANCO**

***A RELAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES TIPOS DE FAMÍLIA E A PREVALÊNCIA DE DOENÇA MENTAL NOS INDIVÍDUOS QUE COMPÕEM ESSA FAMÍLIA***

***ARTIGO CIENTÍFICO***

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

***TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:***

**DOUTORANDO HERNANI POMBAS CANIÇO**

**PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL MONTEIRO DE CARVALHO E SILVA**

**ABRIL DE 2013**

## Índice Geral

RESUMO/ABSTRACT .....	4
INTRODUÇÃO .....	8
MATERIAIS E MÉTODOS .....	10
População em estudo .....	10
Caracterização da família .....	11
Outros Métodos de Avaliação Familiar .....	11
Avaliação da prevalência de doença mental nos agregados familiares.....	13
Análise Estatística .....	14
RESULTADOS .....	15
Caracterização do agregado familiar da população em estudo .....	15
Outros métodos de avaliação familiar .....	18
Avaliação da prevalência de doença mental nos agregados familiares.....	18
Relação da prevalência de doença mental e diferentes variáveis.....	19
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	26
Limitações e Pontos Fortes .....	32
Conclusão e Sugestões para o Futuro.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34

## Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 ( <i>Caracterização da Estrutura e Dinâmica Global das famílias em estudo</i> ).....	14
Tabela 2 ( <i>Caracterização da Relação Conjugal das famílias em estudo</i> ) .....	15
Tabela 3 ( <i>Caracterização da Relação Parental das famílias em estudo</i> ) .....	16
Figura 1 ( <i>Representação gráfica da caracterização da Estrutura e Dinâmica Global das famílias em estudo</i> ).....	14
Figura 2 ( <i>Fase do Ciclo de Vida de Duvall das famílias Nucleares em estudo</i> ).....	16
Figura 3 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e a estrutura e dinâmica global de uma família</i> ).....	18
Figura 4 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e a relação conjugal de uma família</i> ).....	20
Figura 5 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e a relação parental de uma família</i> ).....	20
Figura 6 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e as diferentes fases do Ciclo de Vida de Duvall</i> ).....	21
Figura 7 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e o APGAR Familiar de Smilkstein</i> ).....	23
Figura 8 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e o estrato socioeconômico dos agregados familiares</i> ).....	23
Figura.9 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e a escala de Segóvia-Dreyer</i> ).....	24
Figura 10 ( <i>Relação entre a prevalência de doença mental e a escala de Imperatori</i> ).....	25

## Resumo

*A saúde mental tem um peso crescente na sociedade atual, devido à grande morbidade que acarreta na vida das pessoas. No entanto, a influência que o tipo de família em que cada indivíduo se insere tem na saúde mental destes não foi ainda aprofundada. O objectivo deste estudo é então caracterizar essa relação.*

*Foram estudadas 180 famílias da região centro de Portugal, utilizando Monografias Familiares elaboradas por alunos do 6º ano médico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 2011/2012 e arquivadas na Sala Professor Armando Porto, no Centro de Saúde Norton de Matos. Para caracterização das famílias foram estudados os diferentes tipos de família e a fase do Ciclo de Vida Duvall em que se encontravam, sendo também registado o resultado da aplicação de métodos de avaliação familiar como o APGAR familiar de Smilkstein (funcionalidade), a escala de Graffar adaptada (estrato socioeconómico) e ainda a escala de de Segóvia-Dreyer e a Escala de Imperatori (risco familiar). Foram ainda caracterizadas as diferentes patologias do foro mental presentes em cada agregado familiar, tendo estas sido relacionadas através da análise de “cross-tabs” com cada uma das variáveis em estudo.*

*Das 180 agregados familiares, a maioria apresentava um ou mais elementos com doença mental (57,8%), sendo a patologia depressiva e o distúrbio de ansiedade as patologias mais frequentes (41,1% e 14,4%, respetivamente). O tipo de família mais frequente é a família nuclear em relação à estrutura e dinâmica global (54,9%), tradicional em relação à relação conjugal (56,7%) e equilibrada no que diz respeito à relação parental (84%). Nestes tipos de família, considerados estáveis, a prevalência de doença mental foi de 55,7%, 59,2% e 57,9% respetivamente. Quanto ao Ciclo de Vida de Duvall, a fase mais frequente foi a fase VIII (33%) e VI (24%). A primeira estava associada a uma baixa prevalência de doença mental (42,4%), enquanto a última estava associada a uma alta*

prevalência (68%). Segundo a aplicação do APGAR familiar, a maioria das famílias são “altamente funcionais” (86,9%). Dentro desta classificação, a prevalência de doença mental ascende aos 54,6%. Quanto à escala de Graffar adaptada, a maior parte das famílias estudadas correspondem à “Classe Média” (55%), onde a prevalência de doença mental atinge os 61,4%. Finalmente, segundo as escalas de Segóvia-Dreyer e de Imperatori a maior parte das famílias estudadas são de baixo risco (85,9% e 74,3%, respectivamente). A prevalência de doença mental nestas famílias de baixo risco é de 52,9% e 52,7% respectivamente. Em ambas as escalas a classificação de “alto risco” apresenta uma prevalência de doença mental de 100%.

Ficou demonstrado neste estudo que os tipos de família considerados estáveis não são necessariamente os que apresentam menor prevalência de doença mental. No entanto, os tipos de família classicamente instáveis estão de facto associados a uma maior prevalência de doença mental. Quanto ao Ciclo de Vida de Duvall, as fases mais associadas a doença mental são fases em que ocorre readaptação a novos papéis no seio da família (família com filhos pequenos e famílias de meia idade) ou na sociedade (famílias com filhos em idade escolar). O estrato socioeconómico de cada família não mostrou qualquer relação consistente com a prevalência de doença mental. Quanto aos restantes métodos de avaliação familiar (APGAR familiar, escala de Segóvia Dreyer e escala de Imperatori), ficou demonstrado que as classificações de moderado-alto risco/disfunção estão associadas a uma alta prevalência de doença mental.

Este estudo mostra a necessidade de mais informação nesta área, uma vez que ficou claro que a família em cada individuo se insere tem um papel importante na prevalência de doença mental.

**Palavras-chave:** Tipos de Família; Ciclo de Duvall; APGAR familiar; escala de Graffar adaptada; escala de Segóvia-Dreyer; escala de Imperatori; Doença Mental; Depressão; Prevalência; Medicina Geral e Familiar.

## Abstract

*Mental health is increasingly important in today's society, due to high morbidity which affects in people's lives. However, the influence to mental health that each type of family carries has not yet been established. Therefore, the aim of this study is to characterize this relationship.*

*There were 180 families studied in the central region of Portugal, using Family Reports prepared by students of the 6th Medical Year of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra in 2011/2012 and filed in Sala Professor Armando Porto in the Norton de Matos Health Center. For characterization of the families, there were studied all the different types of families and the phase of the Duvall Life Cycle in which they were included. It was also recorded the result of the application of different evaluation methods such as the Smilkstein APGAR family (functionality), the adapted Graffar scale (socioeconomic status) and also Segovia-Dreyer scale and Imperatori scale (familial risk). Finally, the different mental disorders present in each household were characterized and later related to the different variables above, using the "cross-tabs" analysis.*

*Of the 180 households, most of them had one or more members with mental illness (57.8%), depressive disorder and anxiety disorder being the most frequent pathologies (41.1% and 14.4%, respectively). The most common type of family is the nuclear family within overall structure and dynamics (54.9%), the traditional family within marital relationship (56.7%) and the balanced family within the parental relationship (84%). In these types of family, considered to be stable, the prevalence of mental illness was 55.7%, 59.2% and 57.9%*

respectively. As for Duvall Life Cycle, the most frequent phases were VIII (33%) and VI (24%). The first was associated with a lower prevalence of mental illness (42.4%), while the latter was associated with a high prevalence (68%). According to the application of the familial APGAR, most families are "highly functional" (86.9%). Within this classification, the prevalence of mental illness amounts to 54.6%. According to the adapted Graffar scale, most of the families studied correspond to "Middle Class" (55%), where the prevalence of mental illness reaches 61.4%. Finally, according to the scales of Segovia-Dreyer and Imperatori most families studied are considered to be low risk (85.9% and 74.3%, respectively). The prevalence of mental illness in these families is 52.9% and 52.7% respectively. In both scales the classification of "high risk" has a 100% prevalence of mental illness

*It was demonstrated in this study that the family types considered to be stable are not necessarily those with lower prevalence of mental illness. However, the types of classically unstable families are indeed associated with a higher prevalence of mental illness. As for the Duvall Life Cycle, the phases associated with mental illness are phases in which adapting to new roles within the family (family with young children and families of middle age) or society (families with school-aged children) occurs. The socioeconomic status of each family showed no consistent relationship with the prevalence of mental illness. The remaining family assessment methods (familial APGAR, Segovia-Dreyer scale and Imperatori scale), demonstrated that the ratings "moderate-high" risk / dysfunction are associated with a high prevalence of mental illness.*

*This study shows the need for more information in this area, since it was clear that each family characteristics play an important role in the prevalence of mental illness.*

**Keywords:** Family Types; Duvall Life Cycle; Familial APGAR; adapted Graffar scale, Segovia-Dreyer scale; Imperatori scale; Mental Illness, Depression, Prevalence, Family Medicine.

## INTRODUÇÃO

A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. (OMS, 2001)

De facto, a saúde mental tem, desde há algum tempo, ganho um relevo na Medicina que deixou de poder ser ignorado, tal o seu peso na sociedade atual dos países desenvolvidos. Na mais abrangente perspetiva biopsicossocial da Medicina, a morbilidade de certa patologia deixou de ser relegada para segundo plano quando comparada com a mortalidade para estabelecer o seu grau de gravidade, o que permitiu entender o peso real que a saúde mental, ou a falta dela, tem na vida das pessoas.<sup>(1)</sup>

Existe um grande leque de literatura sobre esta matéria, uma vez que desde 1990 está demonstrado que patologias mentais como a Depressão são das mais incapacitantes e que maior sobrecarga inflige em todo o mundo.<sup>(1, 2)</sup> Os conhecimentos sobre taxa de prevalência, taxa de incidência, curso de doença e factores de risco em doença mental são, portanto, abrangentes e em constante evolução.<sup>(3)</sup>

Com o auxílio de vários estudos nesta área, diversas populações susceptíveis foram identificadas, desde a população idosa nos países ocidentais, com valores de prevalência de Depressão na ordem dos 16.52%,<sup>(4)</sup> aos indivíduos diabéticos que possuem taxas de prevalência de Depressão duas a três vezes mais elevadas do que os indivíduos saudáveis,<sup>(5)</sup> ou ainda aos indivíduos sujeitos a *stress* laboral rotineiro.<sup>(6)</sup> No entanto, dentro desta identificação exaustiva de factores de risco de prevalência de doença mental, existe uma área revestida de extrema importância que não foi ainda aprofundada: a família e a saúde mental. A família é a estrutura dinâmica que nos forma e transforma enquanto indivíduos.



A escassa literatura existente que tenta estabelecer conexões entre a família em que cada indivíduo está inserido e a prevalência de doença mental, centra-se principalmente em duas vertentes: as consequências que ser uma mãe/pai solteira(o) têm para a saúde mental do próprio<sup>(7-10)</sup>; ou para a dos filhos. Novos estudos tentam também correlacionar o número de filhos e a sua ordem de nascimento com a probabilidade de virem a desenvolver doenças do foro psíquico<sup>(11, 12)</sup>. Não existe, no entanto, nenhum estudo que aprofunde concretamente as relações existentes entre os diversos tipos de família e a prevalência de doença mental.

Neste contexto, auxiliando-me da classificação dos “Novos Tipos de Família”(Caniço, H. *et al.*)<sup>(13)</sup>, agrupados segundo “Estrutura e Dinâmica Global”, “Relação Conjugal” e “Relação Parental”<sup>(13)</sup>, pretendo analisar a relação existente entre a prevalência de doenças mentais e os diferentes tipos de família em que cada indivíduo se insere, procurando estabelecer algum grau de predisposição.

Sabe-se, à partida, que alguns tipos de família são considerados estáveis, enquanto outros instáveis. Mas terão estas classificações correspondência clínica a nível da saúde mental dos membros da família em questão?

A questão basilar deste projeto não é mais, portanto, do que testar a já muito debatida oposição da *Nature vs. Nurture*, ou seja, perceber se a prevalência de doenças mentais estará apenas relacionada com factores endógenos e individuais, ou se, por outro lado, poderá ter alguma relação com factores exógenos e adquiridos, neste caso, a família e o ambiente familiar de cada um.

Para proceder ao teste desta hipótese analisar-se-á um vasto número de famílias, utilizando de seguida métodos estatísticos adequados de forma a conseguir evidenciar a existência ou ausência de correlações entre diferentes tipos de família e a prevalência de doenças mentais.

O objectivo final deste trabalho passa por fornecer ao médico de família ferramentas com as quais possa, ao prestar cuidados a um indivíduo que se insira em determinado tipo familiar, adequar a sua ação médica, quer a nível de diagnóstico precoce de doenças do foro mental, quer a nível de aconselhamento comportamental e plano de cuidados familiar, para que essas mesmas doenças possam ser evitadas.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **População em estudo**

Para a realização desta investigação foram estudadas 180 famílias da região centro de Portugal. A informação desta população encontrava-se já compilada na forma de Monografias Familiares, elaboradas por alunos do 6º ano médico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra do ano letivo 2011/2012, em Estágio Orientado e Programado, e avaliadas por Assistentes da Unidade Curricular de Clínica Geral. Estas Monografias Familiares incluem, entre outros aspectos, caracterização da família, genograma familiar, variados métodos de avaliação familiar, lista de problemas da família (agregado familiar) e, finalmente, plano de cuidados.

Toda a informação constante nestas Monografias Familiares foi obtida através de entrevista realizada pelos alunos citados com um ou mais elementos de cada agregado familiar. Não foi descurada na realização destas entrevistas a obtenção de consentimento por parte do orientador do estágio de Clínica Geral, bem como consentimento por parte do próprio entrevistado.

As Monografias Familiares supramencionadas encontram-se arquivadas na Sala Professor Armando Porto, no Centro de Saúde Norton de Matos.

## Caracterização da família

Para a caracterização de cada agregado familiar foram usados os seguintes dados constantes nas Monografias Familiares: número de elementos do agregado familiar, tipo de família e fase do Ciclo de Vida de Duvall.

Para representar o número de elementos do agregado familiar foi apenas usada uma variável independente numérica e ordinal (p.e. “1”, “2”, “4”, etc.).

Para a caracterização do tipo de família de cada agregado familiar, foi utilizada a classificação “Novos Tipos de Família”, que as estratifica segundo três aspectos distintos: Estrutura e Dinâmica Global (21 tipos de família diferentes), Relação Conjugal (6 tipos de família diferentes) e Relação Parental (7 tipos de família diferentes).<sup>(13)</sup> Cada aspecto foi caracterizado numa variável independente diferente, tendo sido usadas escalas nominais com cada classificação atribuída a um valor numérico (p.e. “1” = díade nuclear; “2”= nuclear ... “20”= co-habitação; “21”=múltipla; no caso da Estrutura e Dinâmica Global).

Finalmente, foi registada a fase do Ciclo de Vida de Duvall em que cada agregado familiar se encontrava. Segundo Duvall, o ciclo de vida familiar compõe-se por 8 fases centradas na existência de filhos e na sua educação, desde o nascimento até à maturidade.<sup>(14)</sup> Este método, que apenas pode ser aplicado em famílias do tipo nuclear, foi registado numa variável independente ordinal numérica, com valores de 1 a 8.

## Outros Métodos de Avaliação Familiar

Para melhor caracterização de cada agregado familiar, em cada Monografia Familiar foram aplicados vários métodos de avaliação familiar. Desses, foram escolhidos os seguintes:

1) Escala de Graffar Adaptada, para estratificação da situação socioeconómica de cada agregado familiar; 2) APGAR Familiar, para classificação de cada agregado familiar em

relação à sua funcionalidade; 3) Escala de Segóvia-Dreyer, que explicita se determinado agregado familiar é de risco para o surgimento de patologia ou problemas; 4) Escala de Imperatori, que classifica a vulnerabilidade de cada agregado familiar.

A Escala de Graffar Adaptada, método utilizado para avaliação da situação socioeconómica do agregado familiar, é baseado em cinco critérios distintos (profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiar, conforto de alojamento, aspecto do bairro onde habita), aos quais é atribuída uma pontuação de 1 a 5. A soma dessa pontuação permite numa segunda fase atribuir um escalão social ao agregado familiar em questão (desde classe baixa até classe alta). Para esta variável nominal, aos valores 5-9 é atribuída a classificação “Classe Alta”, de 10-13 é atribuída “Classe Média-Alta”, aos valores de 14-17 “Classe Média”, aos valores de 18-21 “Classe Média-Baixa” e, finalmente, aos valores de 22-25 “Classe Baixa”

O APGAR Familiar é um método que permite saber a perceção que o doente tem do funcionamento da sua família, é fácil de executar, tem validade e credibilidade já testadas e é um excelente indicador da (dis)função familiar. É baseado em 5 questões cuja resposta pode obter uma pontuação entre 0 e 2. A soma das pontuações obtidas é depois classificada segundo família altamente funcional (7-10), família com disfunção moderada (4-6) e família com disfunção acentuada (0-3).<sup>(15, 16)</sup> Foi atribuída uma variável independente nominal para esta classificação, atribuindo valores para cada uma das três classificações possíveis.

A Escala de Segóvia-Dreyer avalia o risco familiar de cada família, de acordo com a presença ou ausência de critérios de risco. Certos critérios (morbilidade crónica, invalidez, etc.) têm um valor de um ponto, enquanto outros valem dois pontos (alcoolismo, APGAR familiar <4, etc.). A soma da valoração de todos os critérios presentes classifica cada família como de baixo risco (0-3), médio risco (4-6) e de alto risco (maior que 10). Foi atribuída uma variável independente nominal para esta classificação, atribuindo valores para cada uma das três classificações possíveis.

Finalmente, a Escala de Imperatori avalia a vulnerabilidade familiar do agregado familiar, e é constituída por 6 critérios pré-estabelecidos. Quanto mais critérios obtiver, maior será a vulnerabilidade de uma família. Assim, podem ser classificadas de baixo risco (0-1 critérios), médio risco (2-3 critérios) ou alto risco (4-6 critérios). Uma vez mais, foi atribuída uma variável independente nominal para esta classificação, atribuindo valores para cada uma das três classificações possíveis.

Outros métodos de avaliação familiar podem ser aplicados na elaboração de uma Monografia Familiar, como o Círculo de Thrower, o Eco-Mapa, a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe ou os Critérios de Janet-Christie-Seely para prioridade de estudo de uma família. No entanto, não constam deste trabalho, na medida em que: não são mensuráveis ou comparáveis estatisticamente, daí não poderem ser utilizados (Thrower, Eco-Mapa), não foram utilizados de forma sistemática e consistente pelos alunos que elaboraram as Monografias Familiares (Escala de Holmes e Rahe), ou não tinham relevância para a questão em estudo (Janet-Christie-Seely).

### **Avaliação da prevalência de doença mental nos agregados familiares**

Para a avaliação e registo da prevalência de doença mental em cada agregado familiar, foi utilizada a informação constante na secção de antecedentes patológicos de cada elemento do agregado familiar, bem como a secção de “Lista de Problemas” de cada Monografia Familiar.

Assim, foi criada uma variável nominal com os seguintes itens: “Sem doença mental”, “Perturbações Depressivas”, “Perturbação Bipolar”, “Perturbação Psicótica”, “Distúrbio Obsessivo-compulsivo”, “Esquizofrenia” e ainda “Distúrbio de Ansiedade”.

Foram consideradas afeções do foro mental que ainda cursem no momento presente ou que já tenham sido resolvidas no passado, em um ou mais elementos do agregado familiar.

É relevante notar que os resultados obtidos dirão respeito à presença de doença mental no seio do agregado familiar, ou seja, ainda que apenas um elemento de um agregado familiar com vários elementos saudáveis possua “Perturbações Depressivas”, todo o agregado familiar em que está inserido será classificado dessa forma.

### Análise Estatística

A análise estatística realizada baseou-se na elaboração de tabelas de frequências das seguintes variáveis: “Número de elementos do agregado familiar”, “Tipos de Família (Estrutura e Dinâmica Global, Relação Conjugal e Relação Parental)”, “Fase do Ciclo de Vida de Duvall”, “Escala de Graffar Adaptada”, “APGAR Familiar”, “Escala de Segóvia-Dreyer”, “Escala de Imperatori” e, finalmente, “Prevalência de doença mental no agregado familiar”.

Para evidenciar a presença ou ausência de correlações entre a “Prevalência de doença mental no agregado familiar” e as restantes variáveis independentes, surgiu o problema de estarmos perante variáveis nominais, o que impossibilita a aplicação de testes paramétricos de correlação como o teste de Pearson ou o teste de Spearman. Assim, optou-se pela realização de tabelas de “crosstabs” envolvendo as diferentes variáveis, elaborando-se de seguida representações gráficas dessas mesmas tabelas na forma de gráficos de “cluster bars”.

## RESULTADOS

### Caracterização do agregado familiar da população em estudo

As características do agregado familiar foram analisadas segundo as variáveis “número de elementos no agregado familiar”, “tipos de família” e “fase do ciclo de vida de Duvall”.

O número de elementos no agregado familiar variou entre o mínimo de 1 até ao máximo de 11 pessoas, tendo como média o valor de 2,77 ( $\pm 1,28$ ) pessoas por agregado familiar.

Em relação aos tipos de família, estes foram divididos segundo três categorias: Estrutura e Dinâmica Global (Tabela 1 e Fig. 1), Relação Conjugal (Tabela 2) e Relação Parental (Tabela 3).

	Casos	Percentagem
Díade Nuclear	2	1,10%
Grávida	1	0,60%
Nuclear	97	53,90%
Alargada	19	10,60%
Recombinada	15	8,30%
Monoparental	13	7,20%
Unitária	13	7,20%
Comunitária	1	0,60%
Adoptiva	3	1,70%
Consanguínea	1	0,60%
Com Dependente	5	2,80%
Com Fantasma	3	1,70%
Acordeão	1	0,60%
Flutuante	1	0,60%
Descontrolada	5	2,80%

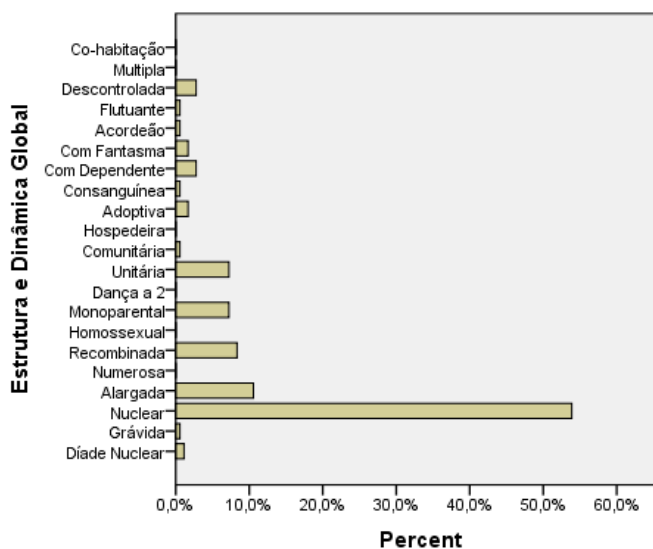


Figura 1. Representação gráfica da caracterização da Estrutura e Dinâmica Global das famílias em estudo.

Tabela 1 – Caracterização da Estrutura e Dinâmica Global das famílias em estudo.

A maior parte das famílias apresenta uma estrutura classificável como “Nuclear” (53,9%), sendo também considerável a percentagem de famílias do tipo “Alargada” (10,6%), “Recombinada” (8,3%), “Monoparental” (7,2%) e “Unitária” (7,2%). Todos os outros tipos de família não são tão significativos, variando entre 2,8% e 0,6% da amostra. Destaque para a família “Com Dependente (2,8%)

Quanto à relação conjugal (Tabela 2), 56,7% dos agregados familiares estudados correspondem ao tipo “Tradicional”, enquanto 23,1% são consideradas “Moderna”. Relevo ainda para o tipo “Companheirismo”, com 18,7%. De notar que nesta amostra não foi encontrada nenhuma família do tipo “Paralela” ou “Associação”. Resta referir que no concerne à relação conjugal, 46 famílias foram excluídas por não existir cônjuge (divórcio, viuvez, solteiro, etc.).

	Casos	Percentagem
Tradicional	76	56,70%
Moderna	31	23,10%
Fortaleza	2	1,50%
Companheirismo	25	18,70%
Paralela	0	0%
Associação	0	0%
Total	134	100%

*Tabela 2. Caracterização da Relação Conjugal das famílias em estudo.*

No que diz respeito à Relação Parental, a maioria das famílias estudadas enquadravam-se no tipo “Equilibrada” (84%), tendo os outros tipos apenas valores residuais. Apenas os tipos de família “Permissiva” e “Centrada nos pais” se destacam tenuemente, representando ambas 4,9% da população. De salientar ainda que foram excluídas 36 famílias, por não existir descendência.



	Casos	Percentagem
Equilibrada	121	84%
Rígida	4	2,80%
Super-Protectora	2	1,40%
Permissiva	7	4,90%
Centrada nos filhos	1	0,70%
Centrada nos pais	7	4,90%
Sem Objectivos	2	1,40%
Total	144	100%

Tabela 3. Caracterização da Relação Parental das famílias em estudo.

Finalmente, no que diz respeito ao Ciclo de Vida de Duvall (Fig. 2), método apenas aplicável a famílias do tipo nuclear, a maior parte dos agregados familiares encontravam-se na fase VII (33%) ou na fase VI (24%). Na fase VII encontravam-se ainda 16% das famílias nucleares estudadas. Foram excluídas 80 famílias deste método por não serem do tipo “Nuclear”.

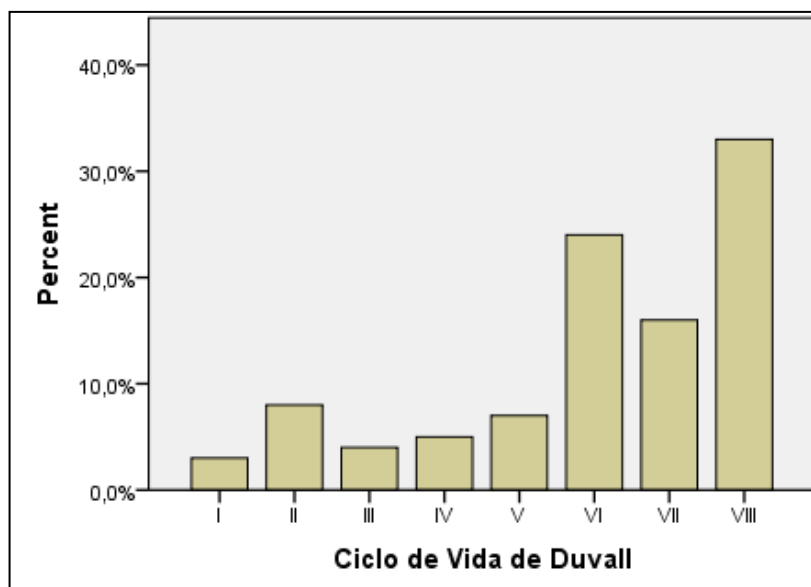


Figura 2. Fase do Ciclo de Vida de Duvall das famílias nucleares em estudo.

## Outros métodos de avaliação familiar

No que diz respeito à caracterização socioeconômica dos agregados familiares estudados, a aplicação da escala de Graffar adaptada revelou que mais de metade das famílias pertencia à Classe Média (55%), seguida pela Classe Média Baixa (25,1%), Classe Média Alta (14,6%), Classe Alta (4,1%) e, finalmente, Classe Baixa (1,2%). Das 180 famílias, 9 foram excluídas, devido à não aplicação da escala de Graffar adaptada por parte dos alunos.

Quanto à aplicação do APGAR familiar, a esmagadora maioria das famílias representadas têm a percepção de serem altamente funcionais (86,9%). A disfunção moderada foi atribuída a 10,3% das famílias, enquanto a disfunção acentuada estava presente em apenas 2,9% dos casos estudados. Das 180 famílias da população em estudo, 5 foram excluídas, devido à não aplicação da escala de Graffar adaptada.

A aplicação da Escala de Segóvia-Dreyer demonstrou que a maioria dos agregados familiares em estudo são considerados de baixo risco (85,9%), enquanto 12,9% reúnem critérios para serem classificadas de médio risco. Apenas 1,2% podem ser classificadas de alto risco. Das 180 famílias incluídas neste estudo, 17 foram excluídas devido à não aplicação desta escala.

Finalmente, segundo a aplicação da Escala de Imperatori, a maioria das famílias são consideradas de baixo risco (74,3%), enquanto 23,6% são consideradas de médio risco. Apenas 2,1% reúnem critérios para serem classificadas de alto risco. Das 180 famílias incluídas neste estudo, 32 foram excluídas devido à não aplicação desta escala.

## Avaliação da prevalência de doença mental nos agregados familiares

Quanto à prevalência de doença mental no seio dos agregados familiares, a maioria (57,8%) apresenta um ou mais elemento com uma qualquer patologia do foro

psiquiátrico. De facto, das 180 famílias estudadas, 41,1% têm ou já tiveram algum elemento com perturbações depressivas ou distúrbio de ansiedade (14,4%). Residualmente, surgem ainda perturbações psicóticas (1,7%) e perturbação bipolar (0,6%). Os agregados familiares que não têm no seu seio qualquer elemento com doenças do foro mental correspondem, portanto, a 42,2%.

### Relação da prevalência de doença mental e diferentes variáveis

Relacionando a prevalência de doença mental com o tipo de família segundo estrutura e dinâmica global obtemos o gráfico “cluster bar” apresentado na Figura 3.

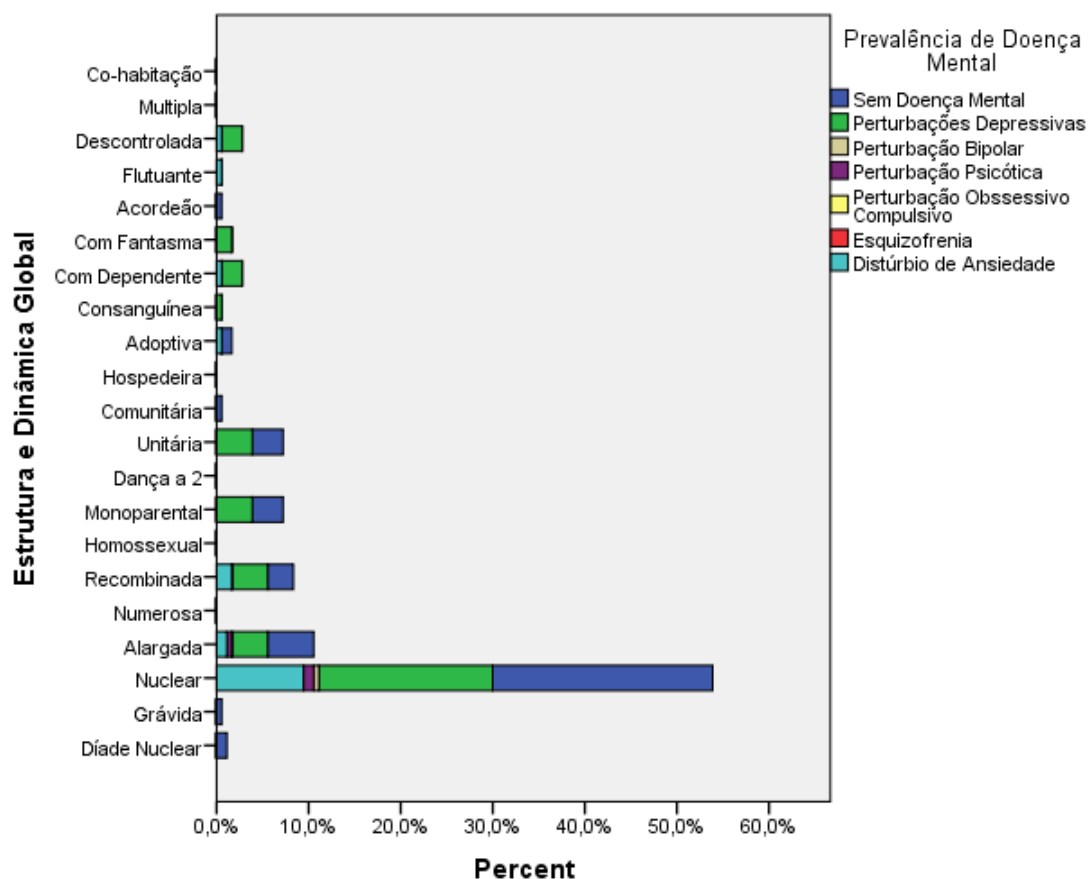


Figura 3. Relação entre a prevalência de doença mental e a estrutura e dinâmica global de uma família

No seio das famílias “nucleares” 55,7% têm qualquer tipo de doença mental. Dessas famílias, 35,1% apresentam perturbações depressivas e 17,5% distúrbios de ansiedade. A perturbação psicótica e o distúrbio bipolar perfazem os restantes 3,1%. Portanto, apenas

44,3% não têm doenças mentais. Na família “alargada”, 52,6% dos agregados têm qualquer tipo de doença mental. As perturbações depressivas correspondem a 36,8% dos casos de doença mental, e 10,5% correspondem a distúrbios de ansiedade. A perturbação psicótica perfaz os restantes 5,3%. Portanto, apenas 47,4% não têm doenças mentais. Na família “recombinada” é também predominante a doença mental (66,7%). Dessas famílias, 46,7% apresentam perturbações depressivas e 20% distúrbios de ansiedade. Portanto, apenas 33,3% não têm doenças mentais. A família “unitária” e a família “monoparental” apresentam o mesmo padrão de prevalência de doenças mentais. A maioria apresenta perturbações depressivas (53,8%), sobrando apenas 46,2% livres de doença mental. Destaque ainda para as famílias “com dependente” (80% de patologia depressiva e 20% de distúrbio de ansiedade), “com fantasma” (100% de patologia depressiva) e “descontrolada” (80% de patologia depressiva).

Relacionando a prevalência de doença mental com o tipo de família, segundo relação conjugal, obtemos o gráfico “cluster bar” apresentado na Figura 4. No seio das famílias “tradicionais”, 59,2% têm qualquer tipo de doença mental, sendo que 39,5% apresentam perturbações depressivas e 17,1% distúrbios de ansiedade. A perturbação psicótica perfaz os restantes 2,6%. Portanto, apenas 40,8% não têm doenças mentais. As famílias consideradas “modernas” quanto à relação conjugal apresentam 58,1% de doença mental. Dessas famílias, 32,3% correspondem a perturbações depressivas, 22,6% a distúrbios de ansiedade e 3,2% a distúrbio afetivo bipolar. Assim, 41,9% das famílias não apresentam doença mental. Nas famílias “fortaleza”, 100% têm qualquer tipo de doença mental, sendo que 50% apresentam perturbações depressivas e 50% distúrbios de ansiedade. Finalmente, na família do tipo companheirismo, 40% apresentam doença do foro psiquiátrico. Dessas famílias, 28% têm perturbações depressivas e 12% distúrbios de ansiedade. Assim, 60% não apresentam qualquer tipo de doença mental.

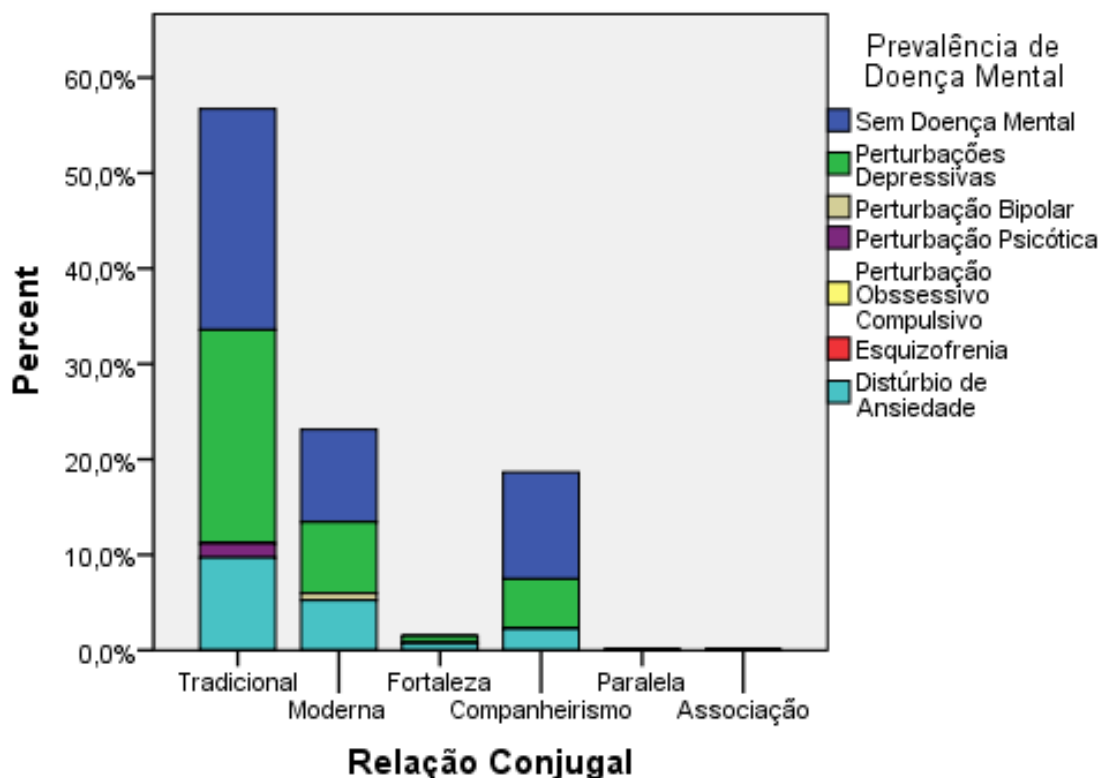


Figura 4. Relação entre a prevalência de doença mental e a relação conjugal de uma família

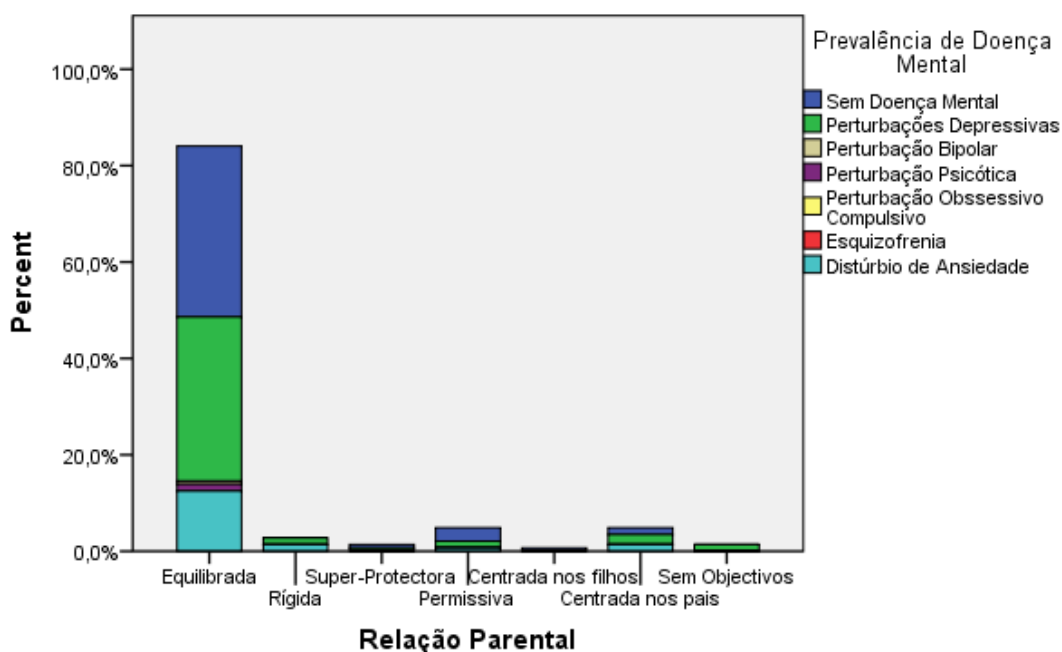


Figura 5. Relação entre a prevalência de doença mental e a relação parental de uma família

Quanto à relação parental (Fig. 5), destaca-se a relação “equilibrada”, em que 57,9% dos agregados familiares apresentam algum tipo de doença mental. As perturbações

depressivas representam 40,5%, enquanto o distúrbio de ansiedade está presente em 14,9%.

A perturbação psicótica (1,7%) e a perturbação bipolar (0,8%) perfazem as restantes afeções do foro mental. Menos de metade dos agregados familiares são, portanto, mentalmente sãos (42,1%). Destaque para o tipo de família “rígida”, com 100% de agregados com doença mental, e ainda para o tipo de família “centrada nos pais”, em que 71,4% dos agregados são afetados. A relação entre a fase do Ciclo de Vida de Duvall de uma família nuclear e a prevalência de doenças mentais é explicitada na Figura 6. As fases com mais prevalência de doença mental são a IV (80% com 60% de perturbações depressivas e 20% de distúrbios de ansiedade), a II (75% com 25% de perturbações depressivas e 50% de distúrbios de ansiedade) e a VII (68% com 43,8% de perturbações depressivas, 6,2% de perturbações psicóticas, 6,2% de distúrbios bipolares e 12,5% de distúrbios de ansiedade). As fases que se relacionam com maior saúde mental são a fase I e III (0% de doença mental), seguidas pela fase VIII (42,4% de doença mental).

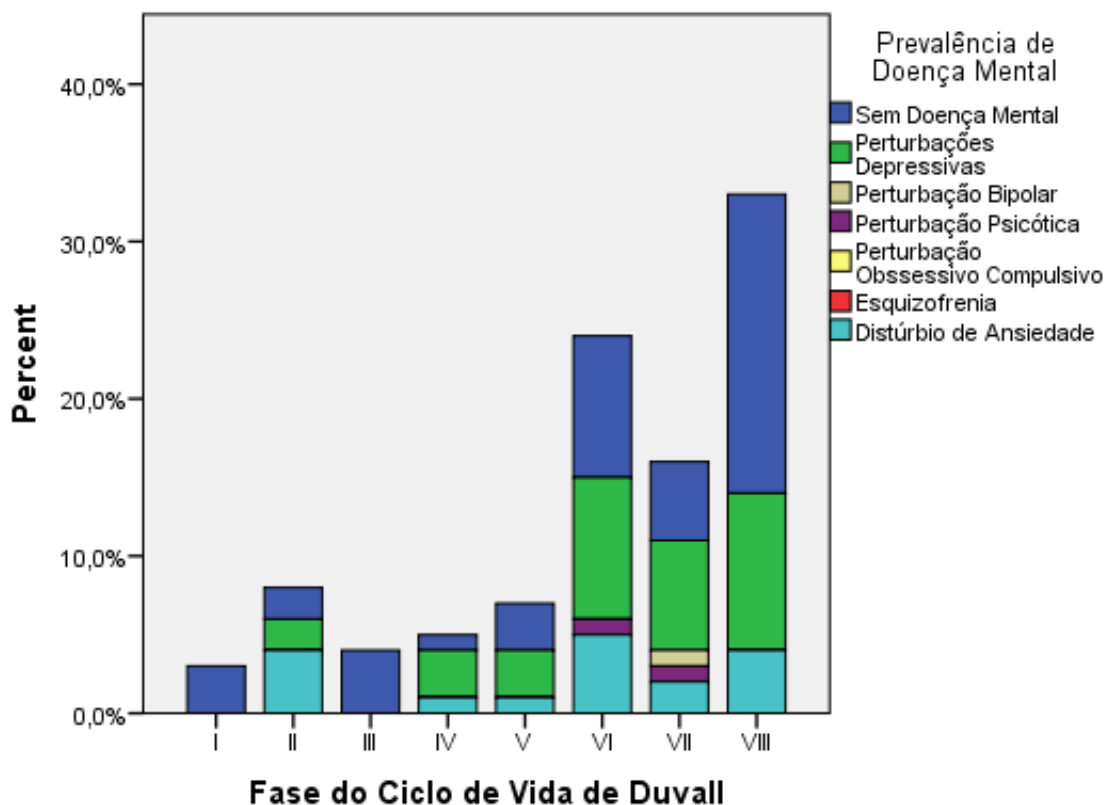


Figura 6. Relação entre a prevalência de doença mental e as diferentes fases do Ciclo de Vida de Duvall

Na figura 7 apresentam-se as relações encontradas entre os resultados do APGAR familiar de Smilkstein e a prevalência de doença mental. As famílias com disfunção moderada são as que apresentam maior prevalência de doença mental (77,8%). Seguem-se as famílias com disfunção acentuada (60%) e, finalmente, as famílias altamente funcionais (54,6%), onde predominam as perturbações depressivas (41,4%) e os distúrbios de ansiedade (11,8%).

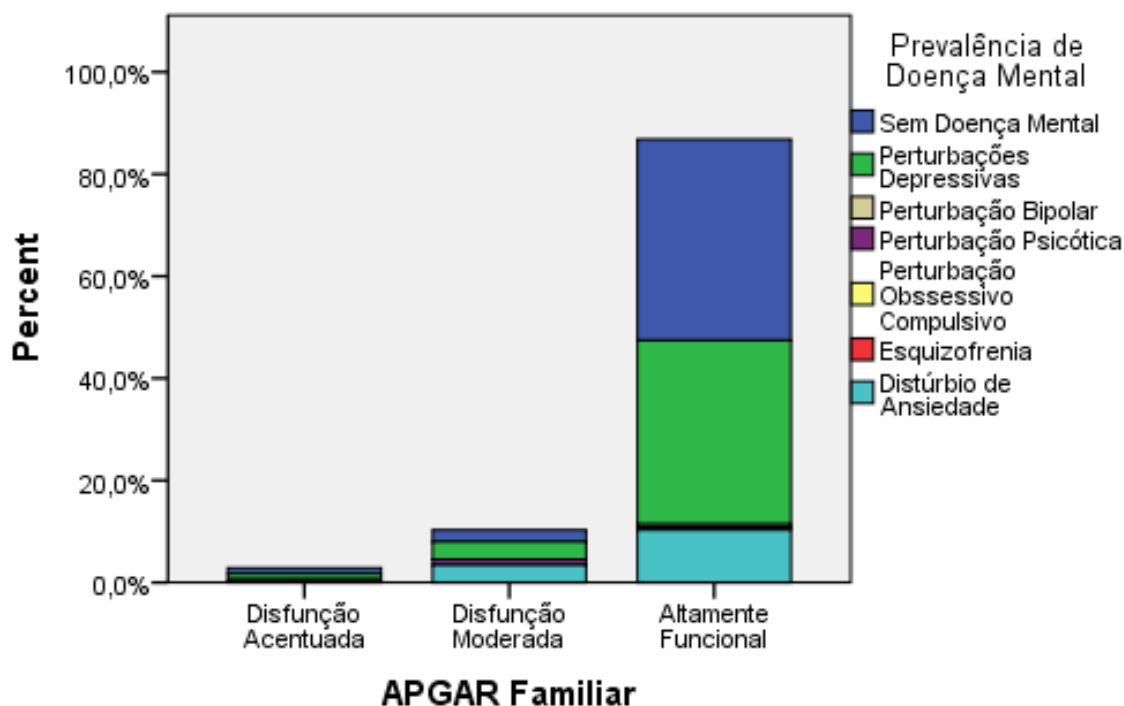


Figura 7. Relação entre a prevalência de doença mental e o APGAR Familiar de Smilkstein

Na figura 8 apresentam-se as relações encontradas entre o estrato socioeconômico dos agregados familiares em estudo (escala de Graffar adaptada) e a prevalência de doença mental. O estrato social que apresenta maior prevalência de doença mental é a Classe Média Alta (64%, contribuindo para este valor as patologias depressivas com 44% e os distúrbios de ansiedade com 20%). Segue-se a Classe Média Baixa (62,8%, dos quais 41,9% correspondem a patologias depressivas, 16,3% a distúrbios de ansiedade e 4,7% a perturbação psicótica) e a Classe Média (61,4%, dos quais 44,7% correspondem a patologias depressivas, 13,8% a distúrbios de ansiedade e 2,2% a perturbação psicótica e distúrbio bipolar. A Classe Baixa

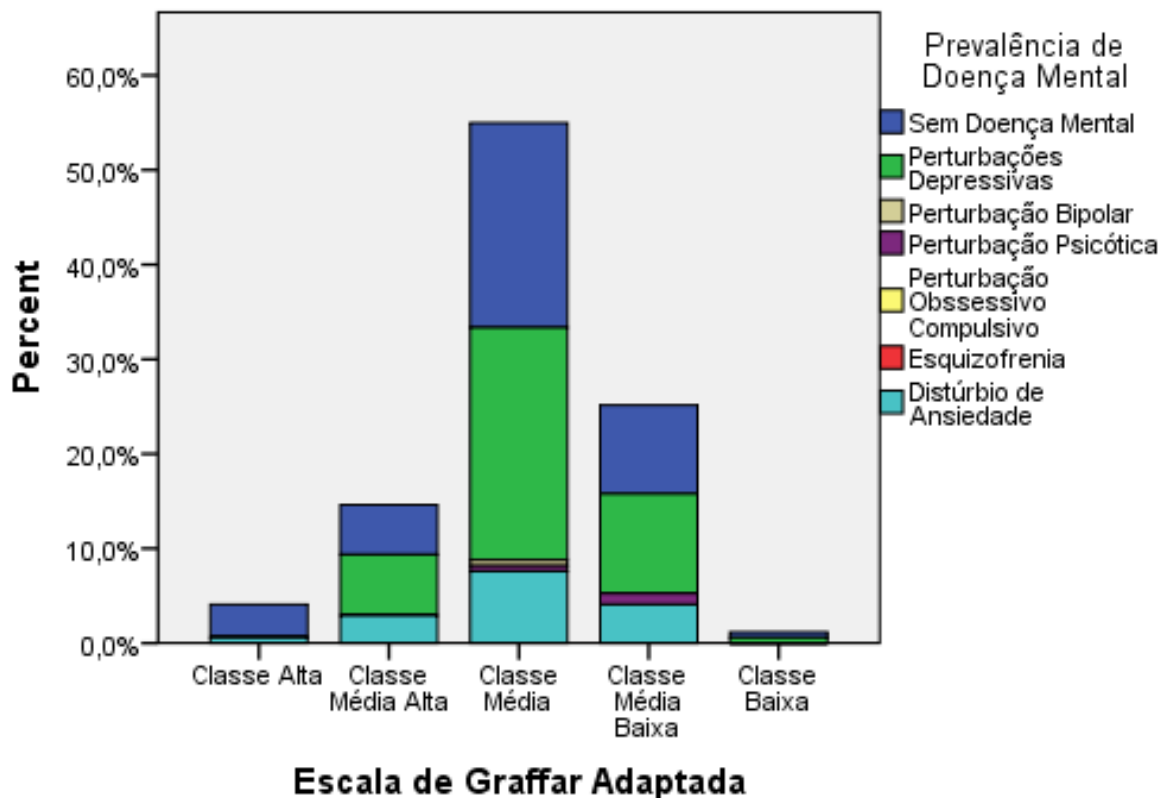


Figura 8. Relação entre a prevalência de doença mental e o estrato socioeconômico dos agregados familiares

apresenta 50% de prevalência de doença mental. A Classe Alta é aquela com menor prevalência de doença mental (14,3%, todos correspondentes a distúrbios de ansiedade).

Finalmente, no que se refere às escalas de risco familiar aplicadas, os resultados encontrados encontram-se representados na Figura 9 (escala de Segóvia-Dreyer) e na Figura 10 (escala de Imperatori).



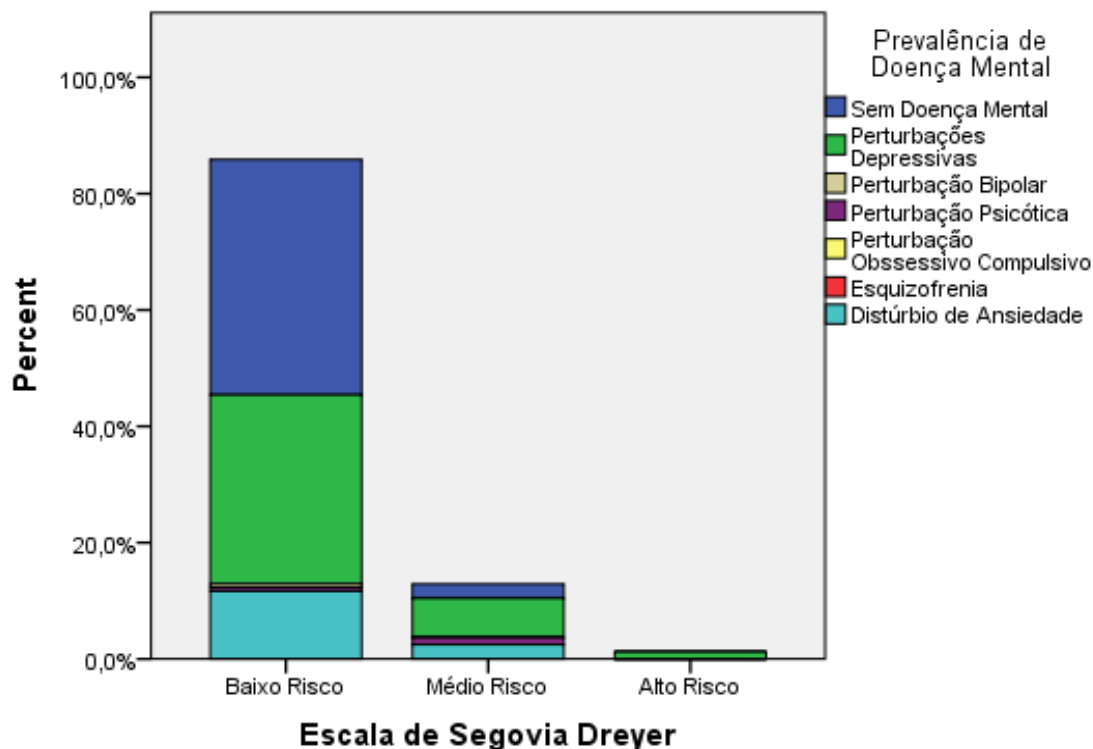


Figura 9. Relação entre a prevalência de doença mental e a escala de Segóvia-Dreyer

Quanto à escala de Segóvia-Dreyer, verificou-se que as famílias de alto risco apresentaram uma prevalência de 100% de perturbações depressivas. As famílias de médio risco apresentaram uma prevalência de doença mental de 81% (52,4% perturbações depressivas, 19% de distúrbios de ansiedade e 9,5% de perturbações psicóticas). As famílias de baixo risco apresentaram uma prevalência de doença mental de 52,9% (37,9% perturbações depressivas, 13,6% de distúrbios de ansiedade e 1,4% de perturbações psicóticas e distúrbio bipolar).

No que diz respeito à escala de Imperatori, verificou-se uma vez mais que as famílias de alto risco apresentaram uma prevalência de 100% de doença mental. Seguem-se as famílias de médio risco (62,9%, dos quais 45,7% correspondem a perturbações depressivas e 17,1% a distúrbios de ansiedade) e as famílias de baixo risco (52,7%, dos quais 40% correspondem a perturbações depressivas, 11,8% a distúrbios de ansiedade e 0,9% a distúrbio bipolar).

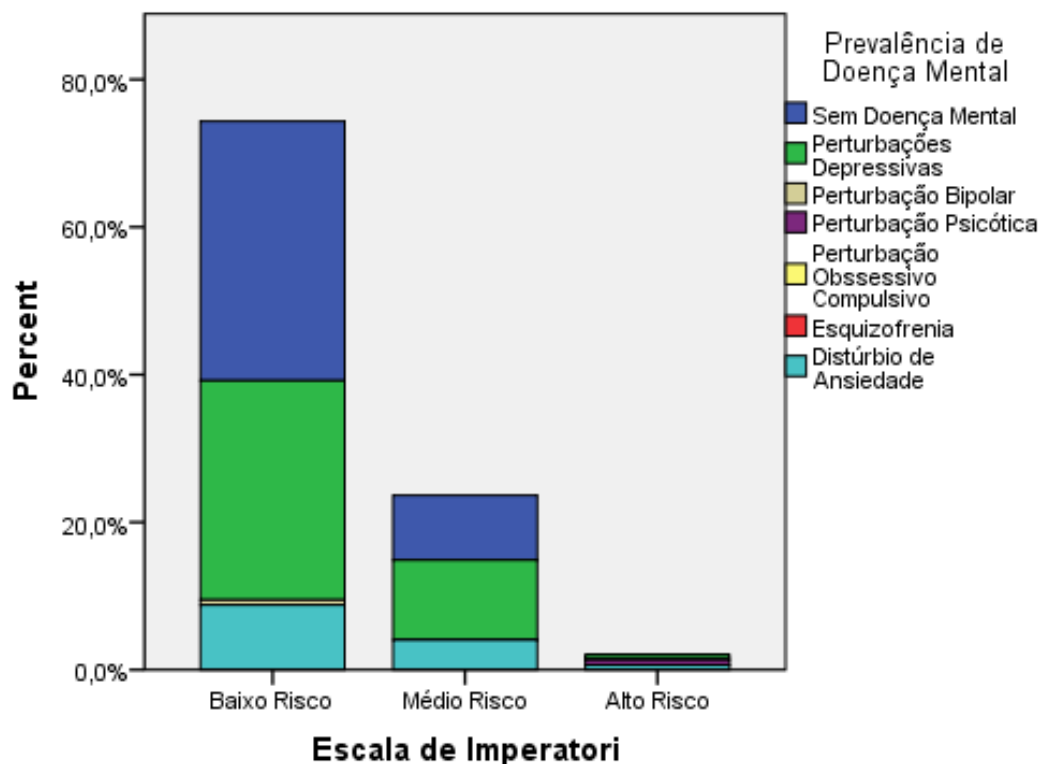


Figura 10. Relação entre a prevalência de doença mental e a escala de Imperatori

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados encontrados, no que diz respeito à caracterização dos agregados familiares da população em estudo, foram ao encontro do que era esperado.

De facto, a dimensão média do agregado familiar da população em estudo situa-se no valor de 2,77, um pouco acima até da média nacional (2,58), mas sem diferença estatisticamente significativa.

Em relação aos tipos de família encontrados, nomeadamente no aspecto da estrutura e dinâmica global, a maior parte das famílias apresenta uma estrutura classificável como “Nuclear” (53,9%), sendo também considerável a percentagem de famílias do tipo Alargada (10,6%), Recombinada (8,3%), Monoparental (7,2%) e Unitária (7,2%). Comparando com os Censos de 2011, os resultados parecem ser concordantes: a nível nacional, o tipo de família

Nuclear representava, em 2011, 58,79% das famílias e o tipo de família Recombinada 6,55%. Há, no entanto, dissonâncias. A família Monoparental representa a nível nacional 14,89% das famílias, e a família Unitária 21,44%. Encontramos desde já uma limitação deste estudo: a sua limitação geográfica. De facto, a população alvo desta investigação é maioritariamente proveniente de zonas urbanas da região centro, nomeadamente no distrito de Coimbra. Ora, há certos tipos de família que têm uma elevada predominância geográfica, como é o caso da família Monoparental e a família Unitária. A primeira é muitíssimo mais frequente na RA da Madeira (20%) e Lisboa (18%), enquanto a segunda concentra-se predominantemente em territórios do interior, que observam, em geral, elevados índices de envelhecimento.

No que diz respeito à relação conjugal, destaque para as novas formas de relacionamento encontradas, com o tipo de relação Moderna (23,1%) e Companheirismo (18,7%) a ganharem algum relevo, o que demonstra o crescente enraizamento na sociedade portuguesa da noção de igualdade de género e na noção de comunicação e diálogo como ferramenta de resolução de problemas. A família tradicional é, no entanto, ainda maioritária (56,7%).

Quanto à relação parental, o equilíbrio parece ser a trave mestra das famílias estudadas (84%), o tipo de família mais estável em relação a este aspecto.

Nas famílias do tipo Nuclear, as fases do ciclo de Duvall mais encontradas foram a VI (24%), a VII (16%) e a VIII (33%), ou seja, 73% das famílias nucleares estudadas encontram-se nas últimas etapas do seu ciclo de vida. São etapas caracterizadas por fenómenos de perda tanto no número de elementos como de funções, papéis e estatutos, pelo que poderão estar associadas a perturbações quer sociais, quer psíquicas.<sup>(17)</sup> Estes resultados, reveladores de uma população envelhecida, são ainda consistentes com os Censo de 2011 na medida em que, segundo estes, o escalão etário dos 30 aos 69 anos representa 54% da população, enquanto a população com mais de 70 anos representa 14%.

Os resultados obtidos na caracterização socioeconómica dos agregados familiares através da escala de Graffar adaptada revelam uma população estudo com um grau considerável de independência financeira e de qualidade de vida. A classe predominante encontrada foi a Classe Média (55%). A Classe Baixa foi encontrada apenas residualmente (1,2%). No entanto, uma vez mais a limitação geográfica deste estudo não permite tirar extrapolações para o resto da população portuguesa, uma vez que a maior parte das famílias deste artigo residem na região centro, na zona litoral, e em zonas urbanas, ou seja, zonas com maior poder económico.

Em relação à aplicação do APGAR familiar, a esmagadora maioria das famílias representadas têm a perceção de serem altamente funcionais (86,9%). Um número animador, mas que deverá ser tido em conta com as devidas reservas, na medida em que reflete apenas o ponto de vista do elemento entrevistado.

Os resultados da aplicação da Escala de Segóvia-Dreyer e da Escala de Imperatori são concordantes, quase sobreponíveis, pelo que parecem validar-se entre si. A maior parte das famílias é considerada de baixo risco (86,9% e 85,9%, respetivamente).

Finalmente, dos 180 agregados familiares estudados, a maioria (57,8%) apresenta um ou mais elemento com uma qualquer patologia do foro psiquiátrico. Este valor parece, numa primeira análise, discordante da literatura publicada. Segundo dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde, em 2005/2006, 27,6% da população residente em Portugal continental com 15 ou mais anos de idade estava em provável sofrimento psicológico. Outros estudos apontam para um valor da prevalência vital de qualquer perturbação depressiva na ordem dos 20-35%<sup>(1)</sup>. Este valor tão elevado explica-se por dois factores: primeiramente, não é tido em conta apenas o peso das perturbações depressivas, mas todo o espectro de perturbações psiquiátricas; por outro lado, o objeto em estudo não é cada individuo individualmente mas antes o agregado familiar em que este se insere. Assim, todo e qualquer agregado com um ou mais elementos

com patologias psiquiátricas foram considerados como não-saudável. Desta metodologia se percebe como apenas 42,2% das famílias estudadas são consideradas saudáveis. Procedeu-se desta forma por se considerar que a doença mental é uma patologia com uma elevada repercussão não apenas para o doente, mas também para os seus familiares mais próximos.

Entramos agora no cerne desta investigação: a análise das relações entre as várias variáveis em estudo e a prevalência de doença mental.

No que diz respeito à estrutura e dinâmica global dos agregados familiares, este estudo evidencia um resultado não esperado: a família nuclear não parece apresentar um fator protetor. De facto, dado a estabilidade reconhecida deste tipo de família, seria de esperar que a prevalência de doença mental fosse menor, quer em relação a outros tipos de família, quer em relação ao facto de serem mais as famílias doentes (55,7%) que as famílias saudáveis (44,3%). Os resultados são, portanto, praticamente sobreponíveis aos encontrados para a população de agregados familiares no geral. Há no entanto um fator de confundimento importante a ter em conta: a maioria das famílias nucleares presentes neste estudo encontra-se nas três últimas fases do Ciclo de Vida de Duvall (73%). Ora estas são justamente as fases de maior sobrecarga psicológica para os elementos do agregado familiar, pelo que os resultados obtidos podem estar enviesados. Uma representação mais homogénea de todas as fases do Ciclo de Vida de Duvall seria necessária para se poderem retirar mais conclusões. Os tipos de família “Alargada”, “Monoparental” e “Unitária” não parecem estar relacionados nem com a proteção nem com a prevalência do aparecimento de doenças mentais. No entanto, o tipo de família “Recombinada” parece já apresentar alguma predisposição (66,7%). Os tipos de família “Com dependente”, “Com fantasma” e “Descontrolada” estão, indubitavelmente, relacionados com o aparecimento de perturbações psíquicas, não tendo sido encontrado nenhum agregado familiar saudável.

Quanto à componente relativa à Relação Conjugal, constata-se que o tipo de família “Tradicional” não confere nenhum tipo de proteção. Pelo contrário, parece estar associado ao aparecimento de doenças mentais (59,2%). Poder-se-ia pensar que tal se sucede devido à inadaptação deste tipo de família ao novo paradigma social, em que predomina a igualdade de género. No entanto, esta hipótese é refutada, pois o tipo de família “Moderna”, que promove a igualdade entre ambos os parceiros do casal, apresenta também elevadas prevalências de doença mental (58,1%). No entanto, no tipo de família “Companheirismo”, apenas 40% dos agregados apresentam doença do foro psiquiátrico, pelo que parece exercer um fator protetor. Depreende-se assim que o fator protetor poderá não passar tanto pelos papéis de cada elemento *per se*, mas mais pela forma como estes se relacionam entre si e com os acontecimentos exteriores que os envolvem.

Quanto à componente “Relação Parental”, pouco se pode avaliar dos resultados, na medida em que a maior parte dos tipos de família não são estatisticamente significativos. No entanto, uma vez mais se infere que o tipo de família dominante, neste caso o tipo “Equilibrada”, não está relacionado com qualquer fator de proteção, antes pelo contrário, na medida em que 57,9% dos agregados apresentam doenças psiquiátricas. Nos outros tipos de família, os resultados são mais concordantes com a classificação de instabilidade que lhes é imputada, nomeadamente no tipo de família “Rígida” e “Centrada nos pais” (100% e 71,4% de perturbações psiquiátricas, respetivamente).

Quanto à relação de cada fase do Ciclo de Vida de Duvall e a prevalência de doença mental, observamos que os períodos mais problemáticos são a fase IV (famílias nucleares com filhos em idade escolar), fase II (famílias com filhos pequenos) e fase VII (famílias de meia idade – *empty nest*). Na fase IV, a patologia mais frequente é a depressiva, o que pode ser relacionado com o período de readaptação que esta fase acarreta, uma vez que a família é confrontada com uma nova realidade face aos resultados escolares e à capacidade de

adaptação do filho a esta nova realidade. Na fase II, os distúrbios de ansiedade são proeminentes, o que se explica pela mudança na vida de casal que a chegada do primeiro filho acarreta. Finalmente, a prevalência da doença mental na fase VII também se explica por ser uma etapa da vida da família marcada pela perda, quer de elementos do agregado familiar, quer de papéis sociais e familiares. As fases com menos problemas de saúde são a fase I (casamento e lar independente) e III (filhos em idade pré-escolar), fases de alguma estabilidade.

Quanto ao APGAR de Smilkstein, pode-se inferir que é uma ferramenta de avaliação familiar com algumas limitações mas também com pontos fortes. Como já foi dito, este teste reflete apenas o ponto de vista do elemento entrevistado, o que pode levar a resultados mais otimistas do que o esperado. Assim, como se observa, a classificação de uma família como “Altamente Funcional” não tem qualquer significado a nível de proteção na prevalência de doença mental, que atinge os 54,6%. No entanto, nos casos em que a família é classificada de “Disfunção Moderada” ou “Disfunção Acentuada”, verifica-se realmente que a prevalência de doença mental aumenta para 77,8% e 60%, respetivamente. Fica assim estabelecido que o grau de disfunção da família está relacionado com o aparecimento de patologia psiquiátrica.

No que diz respeito ao estrato socioeconómico de cada família, obtemos resultados interessantes, ainda que contrários ao que seriam de esperar. Não parece haver qualquer relação entre a classe social de cada agregado familiar e a prevalência de patologia mental. De facto, a classe que apresenta maior prevalência é a Classe Média Alta (64%), seguida da Classe Média Baixa (62,8%) e a Classe Média (61,4%). Este carácter errático parece validar a velha máxima “Dinheiro não traz felicidade”, pelo menos até um certo grau, na medida que a única excepção, a Classe Alta, apresenta baixa taxa de doença mental (14,3%).

Finalmente, no que diz respeito à Escala de Segóvia-Dreyer e à Escala de Imperatori, obtiveram-se resultados semelhantes aos já obtidos na escala de APGAR familiar de

Smilkstein. Uma vez mais, a classificação predominante em ambas as escalas (Baixo Risco), não parece ser suficiente para prever eficazmente a prevalência de doença mental nos agregados familiares, obtendo valores de 52,9% e 52,7%, respetivamente. No entanto, as outras classificações mostraram estar fortemente relacionadas com a doença mental. Em ambas, a classificação de Alto Risco correspondia a uma prevalência de 100%, e a de Médio Risco a uma prevalência de 81% e 62,9%, respetivamente.

### Limitações e Pontos Fortes

Este estudo teve como principal limitação a dimensão reduzida da amostra e a limitação geográfica da mesma. A realização do estudo com uma amostra de várias regiões do país permitiria evitar variáveis de confundimento, uma vez que se sabe que certas regiões estão mais propensas ao aparecimento de doenças mentais do que outras. Também o facto de a informação da amostra ter sido recolhida por entrevista aberta e não por autopreenchimento de questionário pode ter gerado algum viés, nomeadamente na aplicação dos métodos de avaliação familiar. Outro dos pontos fracos deste estudo foi o facto de ser demasiado abrangente na sua abordagem, abarcando várias patologias inerentemente diferentes e não discriminando se dada doença foi resolvida no passado ou se continua ainda presente. Finalmente, o facto de a classificação dos Novos Tipos de Família (Caniço, *et al*) ser relativamente recente, impediu que pudesse ter sido realizada uma comparação com estudos anteriores. De facto, a literatura sobre este tema é bastante escassa.

Como ponto forte, destaca-se o facto de este estudo não se centrar apenas nos diferentes tipos de família, mas ir mais além em todos os aspectos que caracterizam cada agregado familiar. Destaca-se também a pertinência do tema, na medida em que o peso das patologias psiquiátricas é cada vez maior no campo da medicina. O facto de a literatura ser



escassa sobre esta possível componente familiar na prevalência de doença mental é outro dos pontos fortes deste estudo.

### **Conclusão e Sugestões para o Futuro**

Perante os resultados apresentados, conclui-se que a relação direta entre diferentes tipos de família com a prevalência de doença mental pode ser estabelecida em casos limitados (família “descontrolada”, “com dependente”, “com fantasma”), existindo espaço para continuar a investigação nesta área, mas provavelmente noutros moldes. Sugere-se desde já que o médico de família, em primeira entrevista com um agregado familiar, a tipifique segundo a classificação utilizada neste estudo, podendo dessa forma adequar o plano de cuidados a nível de saúde mental.

Ficou demonstrado que os tipos de família habitualmente considerados estáveis não apresentam qualquer tipo de fator de proteção na doença mental, como é o caso do tipo de família “Nuclear”, quanto à estrutura e dinâmica global, “Tradicional”, quanto à relação conjugal, e “Equilibrada”, quanto à relação parental. Ficou ainda demonstrado que os vários métodos de avaliação familiar apresentam elevados níveis de especificidade na identificação de grupos de agregados familiares nos quais é de esperar encontrar elevada prevalência de doença mental.

Tendo em conta a elevada prevalência de doença mental nos agregados familiares estudados, propõe-se a realização de outros estudos que permitam perceber a verdadeira relação entre cada tipo de doença, isoladamente, e os diferentes tipos de família. Para tal, propõe-se a realização de um estudo no qual seja escolhida uma amostra apenas com doentes com uma determinada doença (depressão major, por exemplo) e depois, numa análise longitudinal regressiva, perceber qual o enquadramento familiar de cada uma, comparando os resultados obtidos com os resultados de um grupo de controlo aleatorizado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gusmão RM, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O Peso Das Perturbações Depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2005 (18):129-46.
2. Murray C, Lopez A. *The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard University Press. 1996.
3. World Health Organization. *Atlas: mental health resources in the world*. WHO: Geneva. 2001.
4. Volkert J, Schulz H, Harter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. 2013;12(1):339-53.
5. Roy T, Lloyde CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2012;142:S8-S21.
6. Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R. Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*. 2012;102(12):2360-6.
7. Tj W, Veldhuizen S, Cairney J. Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(9):567-73.
8. Cooper C, Bebbington PE, Meltzer H, Bhugra D, Brugha T, Jenkins R, et al. Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*. 2008;38(3):335-42.

9. Tobias M, Gerritsen S, Kokaua J, Templeton R. Psychiatric illness among a nationally representative sample of sole and partnered parents in New Zealand. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2009;43(2):136-44.
10. Wang J. The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(1):26-32.
11. Richter J, Richter G, Eisemann M, Mau R. Sibship Size, Sibship Position, Parental Rearing and Psychopathological Manifestations in Adults: Preliminary Analysis. *Psychopathology*. 1997;30(3):155-62.
12. Pedersen C, Mortensen P. Sibship Characteristics during Upbringing and Schizophrenia Risk. *American Journal of Epidemiology*. 2004;160(7):652-60.
13. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. *Novos Tipos de Família: Plano de Cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra. 2010.
14. Duvall E. *Marriage and family development*. Lippincott (Philadelphia). 1977.
15. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of family practice*. 1978;6(6):1231-9.
16. Bellón Saameño JDS, A; Luna del Castillo, J de D; Lardelli Claret, P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*. 1996;18(6):289-96.
17. Duvall E. *Family Development*. Philadelphia: Lippincott. Philadelphia: Lippincott. 1971.

1. Gusmão RM, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O Peso Das Perturbações Depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2005 (18):129-46.
2. Murray C, Lopez A. *The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard University Press. 1996.
3. World Health Organization. *Atlas: mental health resources in the world*. WHO: Geneva. 2001.
4. Volkert J, Schulz H, Harter M, Wlodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. 2013;12(1):339-53.
5. Roy T, Lloyde CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2012;142:S8-S21.
6. Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R. Repeated Job Strain and the Risk of Depression: Longitudinal Analyses From the Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*. 2012;102(12):2360-6.
7. Tj W, Veldhuizen S, Cairney J. Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(9):567-73.
8. Cooper C, Bebbington PE, Meltzer H, Bhugra D, Brugha T, Jenkins R, et al. Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*. 2008;38(3):335-42.
9. Tobias M, Gerritsen S, Kokaua J, Templeton R. Psychiatric illness among a nationally representative sample of sole and partnered parents in New Zealand. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2009;43(2):136-44.
10. Wang J. The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(1):26-32.
11. Richter J, Richter G, Eisemann M, Mau R. Sibship Size, Sibship Position, Parental Rearing and Psychopathological Manifestations in Adults: Preliminary Analysis. *Psychopathology*. 1997;30(3):155-62.

12. Pedersen C, Mortensen P. Sibship Characteristics during Upbringing and Schizophrenia Risk. *American Journal of Epidemiology*. 2004;160(7):652-60.
13. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. *Novos Tipos de Família: Plano de Cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra. 2010.
14. Duvall E. *Marriage and family development*. Lippincott (Philadelphia). 1977.
15. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of family practice*. 1978;6(6):1231-9.
16. Bellón Saameño JDS, A; Luna del Castillo, J de D; Lardelli Claret, P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*. 1996;18(6):289-96.
17. Duvall E. *Family Development*. Philadelphia: Lippincott. Philadelphia: Lippincott. 1971.